DE TUMORUM QUORUNDAM FIBROSORUM UTERI IN PARTU ET IN PUERPERIO HABITU.

DISSERTATIO

INAUGURALIS GYNAECOLOGICA

QUAM

CONSENSU ET AUCTORITATE

GRATIOSI MEDICORUM ORDINIS

IN

ALBERTINA LITERARUM UNIVERSITATE

UT SUMMI

IN MEDICINA ET CHIRURGIA ET ARTE OBSTETRICIA HONORES

RITE SIBI CONCEDANTUR

DIE XXII. JUL. ANNI MDCCCLXV

H. XI. L. C.

PUBLICE DEFENDET

AUCTOR

ADOLF EBNER,

EYLAVIENSIS BOR.

A. KITTEL, CAND. MED

R. KAULBARS, CAND. MED.

Königsberg

REGIMONTI Pr.

TYPIS ACADEMICIS DALKOWSKIANIS.

VIRO

ILLUSTRISSIMO BENEVOLENTISSIMO

PRAECEPTORI MAXIME VENERANDO

PROF. DR. SPIEGELBERG

DIRECTORI CLINICI ET POLICLINICI OBSTETRICII
CONSILII REGII COLLEGAE

PIO GRATOQUE ANIMO

D. D. D.

AUCTOR.

Occasio mihi oblata erat proximo semestri observandi duos casus in clinico nostro obstetritio de fibroide uteri, quos concessu directoris illustrissimi Dr. Spiegelberg pervulgabo, propterea quod variis causis ad vim, quam hi tumores afferunt ad statum uteri puerperalem vice versa uterus ad tumores, summo sunt momento.

Quamvis perniciosa vis fibroidum ad graviditatem et partum elata sit, nec tamen, Hecker*) nuper auctore, haec vis gravissimum est momentum et complicatio illa multa alia momenta praebet, quae non minus studium clinicorum occupant. Alter casus a me observatus nec minimum quidem valuit ad progressum graviditatis partus et puerperii, at inter hunc statum habitum ostendit, qui jam ab aliis auctoribus est commemoratus, mollitam texturam, quae efficiebat, ut forma ejus ita commutaretur, ut tumor inter dolores quasi pars ejus segmeti uteri videretur, in quod insitus erat. Hunc casum paucis explicabo.

*) C. Hecker, Klinik der Geburtskunde. Bd. II. Leipz. 1864.

Casus I.

Henriette Abrolath, eine 34 Jahre alte Dienstmagd, wurde am 19. Januar 1865 in die Klinik aufgenommen. Sie giebt an zum zweiten Male schwanger zu sein. Die vor 11 Jahren erfolgte erste Geburt ist eine normale gewesen. Die Frau ist mittelgross und schwächlich und hat am ersten Mai vorigen Jahres zum letzten Male menstruirt. Während der letzten Schwangerschaft hat sie dreimal Intermittensanfall gehabt; im 4. Schwangerschaftsmonat erhielt sie einen Fusstritt gegen den Unterleib, wonach eine entzündliche, schmerzhafte Anschwellung entstand, die mit Blutegeln behandelt wurde. Seit dem ersten Januar werden keine Kindsbewegungen mehr gefühlt. Die schon am 13. Januar von dem Assistenten der Klinik, Dr. Seydel, vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes: der Bauch unter dem Nabel stark prominirend, Nabel verstrichen. Die Gestalt des Uterus ist eiförmig, er steht 9 Centimeter über dem Nabel und ist stark nach vorne geneigt, Foetus in der ersten Diagonale, Rücken nach vorne. Aeussere Geschlechtstheile sind vorbereitet, Scheide weit und glatt, Laquear vorne etwas herabgedrückt, links flach; unterer Uterusabschnitt mässig gespannt. Ein grosser Kindstheil, der für den Kopf gehalten wird (?) liegt von vorne hervor. Der Cervix ist glattrandig, äusserer Muttermund offen; canalis cervicalis $1/2$ Zoll lang, trichterförmig innerer Muttermund geschlossen. Am 18. Januar Abends traten Wehen ein, welche die Geburt wenig förderten. Die am 19. Januar

gegen Mittag in der klinischen Stunde vorgenommene Untersuchung ergab: der Bauch ist schlaff, der mässig grosse Uterus steht 4 Centm. über dem Nabel, Fötalpuls und Uteringeräusch sind nicht zu hören, rechts oben ist ein grosser Theil zu fühlen, der Muttermund ist nach links gedrängt, der Cervix ausgedehnt und ebenfalls nach links geschoben, die linke Wand dünn und dilatabel, im innern Muttermunde ist die Eiblase, über ihr ein Kindstheil. Rechte Wand starr durch eine sie infiltrirende Geschwulstmasse, die bis an die Wand des Bekkens reicht, den Eingang in die rechte Hälfte deckt, sich wenig in die Höhe bewegen lässt; der Muttermundrand selbst ist frei.

Um 12 Uhr 10 Minuten geht das Fruchtwasser ab bei guldengrossem Muttermunde, es ist reichlich und missfarbig, nicht übelriechend. Der Muttermund hat sich etwas mehr in die Mitte des Beckens gestellt und man fühlt in ihm, hoch über dem Becken stehend, einen leichtbeweglichen, abgerundeten, ziemlich grossen weichen Kindstheil. Unter stärkeren und häufigeren Wehen tritt derselbe tiefer in den Muttermund, es wird in ihm der Steiss erkannt. Die rechte Seite der portio cervicalis ist jetzt frei und weich; dagegen am untern Uterusabschnitt, in der Gegend der Isthmus uteri eine flache, resistente, mit dem Uterusgewebe innig zusammenhängende, in dasselbe eingelagerte Masse zu fühlen, die sich mehr in die Höhe und zur Seite mit dem ganzen Uterussegment gezogen hat, in dieser Richtung auch etwas zu verschieben ist.

Um 1 Uhr 30 Minuten steht der Steiss im obern Theile der Beckenhöhle, die rechte Seite des Muttermundes hat sich zurückgezogen, Muttermund ist jetzt vollständig erweitert. 5 Minuten später tritt der Steiss, mit dem Rücken nach links, durch die Schaamspalte, Arme und Kopf werden ebenfalls ohne Kunsthilfe durch die Wehen ausgetrieben. Das Kind ist faultodt. Der Uterus fühlt sich nach der Ausstossung des Kindes elastisch auf der linken Seite, starr infiltrirt auf der rechten an. Nachdem die Placenta 5 Minuten post partum foetus geboren ist, erscheint die linke Seite flacher und fester, die rechte Seite des Uterus ausgebaucht, wie infiltrirt, spitzer. — An der 54 Centim. langen Nabelschnur ist eine deutliche Torsion zu bemerken.

Am 20. Januar fühlt man den Uterus nach links gedrängt, gut kontrahirt; durch die schlaffen Bauchdecken ist der Tumor durchzufühlen. Der Cervix ist normal. Im untern Segment das flache Infiltrat, das mehr in den äussern Schichten der Wand zu, als in den innern liegt.

Am 28. Januar wird die A. nach ganz normalem Wochenbette entlassen; der Uterus steht 3 Finger breit unter dem Nabel; der Cervix ist noch durchgängig, innerer Muttermund ist geschlossen; rechts über dem laquear befindet sich eine runde mit dem Uterus bewegliche, mittelgrosse elastische Geschwulst, welche unter scharfem Winkel in den untern Abschnitt des corpus uteri übergeht. Die gleichzeitige äussere und innere Untersuchung ergiebt die Identität der auf beiden Wegen gefühlten

Geschwulst, ihre innige Verbindung mit dem Uterus und dessen Verdrängung nach links von der Mittellinie.

Versati eramus in fibroide interstiali, quae erat in pariete dextro inferioris segmenti uteri, quae fibroides hoc loco foetui viam partus pereunti maximo impedimento esse posset. Sed jam inter graviditatem et planius inter partum tumorem molliri et in latitudinem augeri simul cum latitudine aucta inferioris segmenti uteri vidimus. Forma enim rotunda et circumscripta amissa planatus est, ut quasi condensatio modo partialis inferioris partis uteri videretur et ita ad fallendam situs diagnosin foetus valere posset. Quum autem inter partum a foetu ad latus motus esset facile totus foetus est expulsus. Post partum forma pristina fibroidis utero contracto et ad minoren modum redacto restituta est et id eo magis, quo uterus involvebatur, ut denique tumor fieret pristinus, rotundus et prominens.

Itaque nobis est credendum, tumorem participem fuisse commutationum uteri in graviditate praecipuarum, quod tamen fieri modo potuit, si structura ejus eadem erat, quae uteri, id est, fibrae musculares; hoc enim modo explicari potest quod est elongatus, inter graviditatem duratus et involutus in puerperio. Alii quoque auctores de fibroidum inter graviditatem relaxatione dicunt, quae tamen fieri modo potest, si tumores re vera nihil aliud sunt, quam massae uteri substantiae aequales.

Partus prodiit sine impedimento, quod effectum esset praecipue anomaliae dolorum, sanguinis in et post par-

tum effusio, si tumor in superiori uteri parte esset situs, tum enim uteri contractiones aequaliter dividi non potuissent, dolores debiles facti essent, magna pars placentae jam inter partum relexata et post partum propter dolorum inopiam sanguinis profusio effecta esset, quum lumina vasorum uteri non aequaliter concludi potuissent, quae omnia nostro in casu accidere non potuerunt, quod pars uteri inferior pariendi non sit.

Itaque in casu altero, quo tumor supra situs erat, vim perniciosam planius videmus, sed hic casus studium nostrum multum majus afficit ratione tumoris inter puerperium, praecipue quam habuit ad metritidem et lymphangitidem, qui casus omnino evidens illustratio est doctrinae febris puerperalis. Denique tumor structuram praebet singularem, quae non saepe invenitur. Liceat mihi casum narrare.

Casus II.

Die 40 Jahr alte Instfrau Regina Kriesch, zum 5ten Male schwanger, wird am 29. Jan. 1865 in die Klinik aufgenommen. Sie ist von kaum mittelgrosser Statur, schwächlich und schlecht genährt. Die ersten 3 Geburten waren normal. Vor 5 Jahren hat die bis dahin immer gesund gewesene Frau über der Symphyse in der Mitte des Unterleibes eine Geschwulst bemerkt, die besonders während der excessiven Menstruation schmerzhaft gewesen

ist. Die Menstruation trat unregelmässig meist zu häufig und stark auf. Vor 4 Jahren ist die Frau von einem reifen Kinde entbunden worden. Nach dieser Schwangerschaft wuchs die Geschwulst allmählich, stieg aber, nachdem sie in der Gravidität im linken Hypochondrium gestanden hatte, mit der Verkleinerung des Uterus in das grosse Becken wieder herab.

Den Beginn dieser letzten (5ten) Schwangerschaft weiss die Frau nicht anzugeben, die Menstruation soll von Mitte Juni bis Ende August cessirt haben. Ende December stellte sich heftige Metrorrhagie ein, die etwa 3 Tage dauerte und sich am 27., 28. und 29. Januar so stark wiederholte, dass die Frau Hilfe in der Klinik nachsuchte.

Die Untersuchung um 10 Uhr Abends ergab: Bauch stark prominirend, Umfang 2″ unter dem Nabel 95 Cm. Die linke Seite des ziemlich in die Breite gezogenen Leibes wird durch eine 13 Cm. lange 9 Cm. hohe parallel mit dem Rande der falschen Rippen von rechts oben nach links unten verlaufende, harte, unempfindliche Geschwulst eingenommen, die der Bauchwand anliegt, vollständig matten Perkussionsschall zeigt und den fundus stark nach rechts hinüber drängt. Der Uterus ist kuglich, sehr stark gespannt durch viel Wasser, nach rechts hinübergedrängt; häufige Kontraktionen. Kindstheile sind wegen der sehr starken Spannung des Uterus nicht deutlich zu bestimmen, der Rücken scheint nach rechts zu liegen. Die Kindsbewegungen sind lebhaft. Foetalpuls

in der Mittellinie, 12 Schläge in 5 Sekunden. Aeussere Geschlechtstheile gelockert, weiter introitus. Scheide weit, Scheidengewölbe konvex in die untere Beckenhöhle hineinragend. Unterer Uterusabschnitt stark gedehnt und gespannt durch die selbst ausser den Wehen stark gespannte Blase. Vorliegender Theil nicht deutlich zu fühlen. Cervix verstrichen. Aeusserer und innerer Muttermund thalergross; canalis cervicalis verschwunden.

10¾ Uhr Nachts, bei 2½″ grossem Muttermunde springt die dem Scheideneingange nahe, stark gespannte Blase, worauf sich beide Füsse mit den Fersen nach hinten präsentiren. Die Füsse bewegen sich lebhaft. Die sich verkleinernde linke Seite des fundus uteri tritt herab, während die Geschwulst an ihrer alten Stelle bleibt, ohne sich vom Uterus zu entfernen. Foetalpuls 12 in 5 Sekunden.

12 Uhr Nachts: Status idem, nur Wehen schwach. Secale cornutum gr. X bis in ¼ stündigen Pausen. 12 Uhr 30 Minuten wurde ein todtes Mädchen geboren. Die Füsse waren oedematös livid, ebenso das Gesicht, kein Lebenszeichen zu erkennen.

1 Uhr 15 Minuten: Da trotz der fortdauernd angewandten Ueberwachung des Uterus und trotz anscheinend guter Contraktionen des Uterus nur coagulirtes Blut in grösserer Menge abging, der Uterus empfindlich und die ohnehin schwächliche Frau der Erschöpfung nahe war, wurde die im untern Abschnitt gelöst vorgefundene Placenta durch Umfassen mit der ganzen Hand entfernt.

W o c h e n b e t t: 30. Januar: Der Tumor ist deutlich über der Symphyse links bis zur Nabelhöhe zu fühlen. Can. cervicalis 2″ lang, innerer Muttermund geschlossen.

Vom laquear vagin. aus ist der Tumor undeutlich zu fühlen. Starker Meteorismus, Leib empfindlich, häufiger Husten, Zunge belegt, Puls 100. Diagnose: Perimetritis. Ordination: Gegen den Husten warmes Getränk und Morphium; gegen den Meteorismus Clysma von Ol. Ricini, Ol. Terebinth., Ol. Olivarum $\widehat{\text{a.a.}}$ ℥β. Innerlich Calomel gr. V. 2 Mal täglich. —

31. Jan. Leib stark meteoristisch aufgetrieben, empfindlich, Puls 100, kurze flache Respiration, 36 in der Minute, Stuhlgang ist nicht gewesen trotz der 5 granigen Calomeldosen und einem erneuten Kamillenclysma. Ordination: Innerlich Ol. Terebinth. ʒij. Ol. Ricini ℥β. Mel. desp. ℥j. M. D. S. stündlich 1 Esslöffel. — Abends erfolgt darauf ein einmaliger spärlicher Stuhlgang. —

1. Febr. In der Nacht sind noch 2 Stuhlentlerungen gewesen, die Patientin hat ziemlich gut geschlafen, befindet sich besser, der Abdomen ist weniger hart gespannt und empfindlich. Puls 100. —

2. Febr. Die Besserung des Allgemeinbefindens schreitet schnell vorwärts. Der Leib wird weich, unempfindlich und es lassen sich die Contouren des Tumor an der obern linken Seite des Uterus deutlich umschreiben.

3. Febr. Status idem. Dauerndes Wohlbefinden bis zum [illegible]

7. Febr. Abends: erhöhtes Fieber, leichte Transpiration, verstärkte Resistenz des empfindlichen Abdomen.

8. Febr. Starker Meteorismus, Leib besonders in der Gegend des Tumor empfindlich. Der Tumor erscheint vergrössert, es sind 2 Mal Defaekationen mit Schmerzen im Rektum gewesen, ausser der Vergrösserung des Tumors lässt sich bei der innern Exploration in der Gegend des Rektum nach links und hinten eine etwa Wallnussgrosse, flache, sich elastisch anfühlende, empfindliche Geschwulst entdecken, die unverschieblich ist: ein Exsudat in der Excavatio recto-uterina. Der Cervical-Kanal ist geschlossen, der Cervix zurückgebildet. Ordo. Calomel gr. II. 3 Mal täglich 1 Pulver. Tinctura Thebaica gtt. XV. 2 Mal täglich. Aeusserlich warme Fomentationen mit Ol. Terebinth.

9. Febr. Die Nacht war ziemlich gut verlaufen. Puls 84, die Zunge ist gereinigt, mehrere Male sind dünne Defaekationen gewesen, der Meteorismus geschwunden. In der klinischen Stunde wird constatirt, dass von der Spitze des Tumors in der Mittellinie etwa 1 Zoll über dem Nabel ein nach der linken Seite hin massiger werdendes Exsudat läuft, dessen obere Grenze deutlich durch die schlaffen Bauchdecken hindurch zu bestimmen ist, während die untere ohne deutliche Furche in den Tumor übergeht. Medicatio eadem.

10. Febr. Status idem.

12. Febr. Der Tumor reicht bis an die linke Weichengegend und crista ilei, an der linken Seite fast 5 Cm. über dem Nabel, rechts von der Mittellinie nicht ganz bis zur crista ilei, nur 9 Cm. von der Mittellinie; er ist

hier überhaupt flacher, reicht nach oben nur bis zum Nabel; übrigens gehen die Contouren überall im Bogen in einander über, nirgends sind Vorsprünge. Die Consistenz und Dicke ist am bedeutendsten an der oberen Hälfte der linken Seite. Die Vagina ist mässig heiss und locker, Uterus noch hoch, tumor von Innen nicht zu erreichen, cervix ausgebildet und geschlossen. Die Excavatio recto uterina wird durch flache circa 1½ Zoll dicke, die ganze Breite des Kreuzbeins einnehmende Exsudatmassen erfüllt. Dieselben reichen links tiefer als rechts, und in der Mitte bis ungefähr an die Mitte des 3ten oder 4ten Kreuzbeinwirbels und haben wellenförmige Contouren, fühlen sich leicht teigig an, sonst sind sie aber consistent und wenig empfindlich. Der Ausfluss ist schleimig-blutig und nicht foetid. Ordo: Kataplasmata.

13. Febr. Allgemeinbefinden befriedigend.

14. Febr. In der Nacht ist ein Schüttelfrost gewesen, lebhafte Transpiration, Hitze, Puls 128. Oedem des Gesichts. Ordo: Chinin gr. x. Zur Nacht Opii gr. 1.

15. Febr. Morgens Schüttelfrost, auf welchen Hitze und Schweiss folgt. Mässiges Oedem des Gesichts und der Füsse, Puls 120, dünn, Haut mässig feucht, Bauch und innere Genitalien wie am 12. Febr., Herzbeutel an seiner Basis etwas gedehnt. An Stelle des ersten Tons an der Mitralis ist ein starkes blasendes Geräusch, das sich bis zur Spitze erstreckt, mit sehr verstärktem 2ten Tone, an der hintern Seite

der Lungen capilläres Rasseln, geringe Dyspnoe; Zunge und Stuhlgang gut. Diagnose: Endocarditis und capillärer Lungenkatarrh. Ordo: Inf. Ipecacuanh. (gr. XV) ℥v, Liqu. Kali acetici ʒj Spir. nitr. aeth. ʒjj 2 stdl. 1 Esslöffel.

16. Febr. Status idem; ziemlich starke Diarrhoe, wogegen Tinctura Thebaica gtt. XV.

17. Febr. Bauch gut, Uterus besser contrahirt, Exsudat am fundus condensirt und fester. Am Herzen dieselben Erscheinungen, nur die Geräusche deutlicher. Schmerzen in der linken Infraklavikulargegend. Ordo: Inf. fol. Digitalis (℈j) ℥vi Ammon. muriat ʒj 2 stdl. 1 Esslöffel.

18. Febr. Status idem, gegen Diarrhoe Tinctura Theb. gtt. XV.

19. Febr. Starker Collapsus, Oedem des Gesichts und der Beine stärker, starke Schmerzen in diesen, lebhafte Diarrhoe bis zum Secessus involuntarius. Ord. Tinct. Thebaic. gtt. XV. 20. Febr. Oedem des Gesichts und der Füsse vermehrt, starke Durchfälle, geringer Meteorismus; Exsudat im Douglasischen Raum kleiner, weicher, weniger scharf kontourirt. Uterus wie früher, die Erscheinungen am Herzen sind unverändert, Herzbewegung ruhiger, hypostatischer Lungenkatarrh, besonders links, Urin Eiweiss frei. Ordo: Infus. Ipecacuanh. (gr. XV) ℥vj Ammon. muriat. ʒjj 3 stdl. 1 Esslöffel zur Nacht Tinctur. Theb. gtt. XV.

21. Febr. Stat. idem.

22. Febr. Oedem der Unterschenkel steigt in die Höhe, Zustand des cor idem, Catarrh stärker, Genitalien unverändert, stärkerer Meteorismus. Secess. involunt. Ordo: Extract. nuc. vomic. Opii ā.ā. gr. $^1/_2$, Sacch. ℈β fiat pulvo, tales doses Nro. jV. 2 mal täglich 1 Pulver.

23. Febr. Stat. idem. Abends Schweiss mit erhöhter Pulsfrequenz.

24. Febr. Stat. idem, dazu Injektion der Conjunctiva und leichte Trübung der Cornea.

25. Febr. Injektion der Conjunctiva, Cornea staubig getrübt von den Rändern her, Spannung etwas vermehrt, Exsudation in die vordere Augenkammer. Motilität und Sensibilität des Gesichts unverändert. Oedeme und Meteorismus stärker. Ordo: Chin. sulphur. gr. V. Opii gr. $^1/_2$ 2 mal tägl. 1 Pulver. Ferner für das Auge Atropineinträuflungen, 1 Blutegel an die Nase, feucht-warme Umschläge.

26. Febr. Cornea in der Mitte etwas heller, Exsudat verschwunden, sonst stat. idem. Medicatio eadem.

27. Febr. Oedem stärker, ausgesprochener Collaps. Auge unverändert, Meteorismus geringer, Bauch freier, die Erscheinungen am Herzen ausgeprägter, starker Catarrh der untern Lungenlappen. Secess. involunt. Per vaginam ist der Tumor nicht zu fühlen. Cervix gut zurückgebildet, Exsudat verschwunden. Ordo: Chinii sulph. gr. V. Opii gr. $^1/_2$ 2 mal täglich.

28. Febr. In der Nacht Delirien, Secessus involunt. Trübung des Sensoriums. Subjektives Wohlbefinden,

Puls 112 und dünn, Athmung abrupt. Oedem am linken Schenkel bedeutend zugenommen, Erscheinungen am Herzen bedeutend hervortretend. Cornea mehr getrübt. Nachts grosse Jaktation und Delirien. Medicatio eadem.

1. März. Tiefer Sopor ohne alle Reaktion, Haut heiss, Puls noch kräftig, Pupillen eng. Ordo: Eisblasen um den Kopf.

Mittags um 12 Uhr stirbt die Patientin unter denselben Erscheinungen.

Die Section 24 Stunden post mortem durch Professor v. Recklinghausen gemacht ergab folgendes:

Mässiges Oedem der untern Extremitäten. Blasse etwas gelbliche Färbung der Haut, Bauchdecken mässig hervorgetrieben mit zahlreichen Schwangerschaftsnarben bedeckt, stark bräunlich gefärbt. Der untere Theil der Bauchhöhle ist bis zum Nabel vom Uterus eingenommen, dieser wird aber durch das Netz fast vollständig verdeckt. Das Netz selbst mit der vorderen Bauchwand und mit den Seitentheilen des Uterus verwachsen; zwischen Netz und vorderer Fläche des Uterus befindet sich eine zähe gelb-grünliche, fibrinöse Masse circa 1½ Unzen, vollkommen durch die Verwachsungen von Netz und Uterus von der übrigen Bauchhöhle getrennt. Im übrigen Theil der Bauchhöhle findet sich klare gelbliche Flüssigkeit ohne wesentliche Abscheidungen, im Ganzen beträgt dieselbe ⅓ Quart. Das linke Sternoclavicular-Gelenk lässt an seinem obern Rande nach der Blosslegung grünen Eiter austreten. im Gelenk selbst solche Massen, die mit

äusserlich liegenden Heerden zusammenhängen In der unmittelbaren Nähe des Gelenks an den Ursprungsstellen des muscul. pectoral. noch ein kleiner circa $^1/_2$ Zoll langer mit grünem Eiter gefüllter Heerd, der an der Innenfläche mit einer weissen Membran ausgekleidet ist und mit dem Gelenk nicht communicirt.

Die Adnexa des Uterus: rechterseits mit dem Coecum durch Bindegewebstränge verbunden; ferner ist eine Schlinge des *S* Romanum mit dem fundus des Douglasischen Raums verbunden und zwischen diesen Adhäsionen grünliche dicke Massen abgelagert. An allen diesen Theilen, wo Verwachsung vorhanden, ist die Serosa schiefrig gefärbt. Beide Lungen fast total adhaerent, im Herzbeutel circa 8 Unzen klare Flüssigkeit, Herz stark vergrössert, besonders linkerseits, hier fest kontrahirt, rechterseits schlaff. Das Herz enthält beiderseits ziemlich viel Blut, ausserodentlich lockre Fibringerinsel, ferner sehr lockre, gelbe, gallertige, speckhäutige Massen. An der Oberfläche des linken Ventrikels kleine Ecchymosen; rechts die Klappen vollständig normal, auch das ostium mitrale hinreichend weit, die Ränder der Mietralis schwach verdickt, Oberfläche glatt, gut durchscheinend; an den Aortenklappen besonders der rechten und hintern starke Verdickung und Wulstung der Ventricular Oberfläche und zwar zeigt diese rauhe Oberfläche eine blassröthliche Farbe. Die Substanz sehr brüchig, so dass die Perforation leicht zu machen ist. Die rauhe Wulstung der Klappen erscheint wie ein weicher bröcklicher Belag, der indessen in das Gewebe der Klappen selbst über-

Puls 112 und dünn, Athmung abrupt. Oedem am linken Schenkel bedeutend zugenommen, Erscheinungen am Herzen bedeutend hervortretend. Cornea mehr getrübt. Nachts grosse Jaktation und Delirien. Medicatio eadem.

1. März. Tiefer Sopor ohne alle Reaktion, Haut heiss, Puls noch kräftig, Pupillen eng. Ordo: Eisblasen um den Kopf.

Mittags um 12 Uhr stirbt die Patientin unter denselben Erscheinungen.

Die Section 24 Stunden post mortem durch Professor v. Recklinghausen gemacht ergab folgendes:

Mässiges Oedem der untern Extremitäten. Blasse etwas gelbliche Färbung der Haut, Bauchdecken mässig hervorgetrieben mit zahlreichen Schwangerschaftsnarben bedeckt, stark bräunlich gefärbt. Der untere Theil der Bauchhöhle ist bis zum Nabel vom Uterus eingenommen, dieser wird aber durch das Netz fast vollständig verdeckt. Das Netz selbst mit der vorderen Bauchwand und mit den Seitentheilen des Uterus verwachsen; zwischen Netz und vorderer Fläche des Uterus befindet sich eine zähe gelb-grünliche, fibrinöse Masse circa $1^{1}/_{2}$ Unzen, vollkommen durch die Verwachsungen von Netz und Uterus von der übrigen Bauchhöhle getrennt. Im übrigen Theil der Bauchhöhle findet sich klare gelbliche Flüssigkeit ohne wesentliche Abscheidungen, im Ganzen beträgt dieselbe $^{1}/_{3}$ Quart. Das linke Sternoclavicular - Gelenk lässt an seinem obern Rande nach der Blosslegung grünen Eiter austreten, im Gelenk selbst solche Massen, die mit

äusserlich liegenden Heerden zusammenhängen In der unmittelbaren Nähe des Gelenks an den Ursprungsstellen des muscul. pectoral. noch ein kleiner circa ½ Zoll langer mit grünem Eiter gefüllter Heerd, der an der Innenfläche mit einer weissen Membran ausgekleidet ist und mit dem Gelenk nicht communicirt.

Die Adnexa des Uterus: rechterseits mit dem Coecum durch Bindegewebstränge verbunden; ferner ist eine Schlinge des *S* Romanum mit dem fundus des Douglasischen Raums verbunden und zwischen diesen Adhäsionen grünliche dicke Massen abgelagert. An allen diesen Theilen, wo Verwachsung vorhanden, ist die Serosa schiefrig gefärbt. Beide Lungen fast total adhaerent, im Herzbeutel circa 8 Unzen klare Flüssigkeit, Herz stark vergrössert, besonders linkerseits, hier fest kontrahirt, rechterseits schlaff. Das Herz enthält beiderseits ziemlich viel Blut, ausserodentlich lockre Fibringerinsel, ferner sehr lockre, gelbe, gallertige, speckhäutige Massen. An der Oberfläche des linken Ventrikels kleine Ecchymosen; rechts die Klappen vollständig normal, auch das ostium mitrale hinreichend weit, die Ränder der Mietralis schwach verdickt, Oberfläche glatt, gut durchscheinend; an den Aortenklappen besonders der rechten und hintern starke Verdickung und Wulstung der Ventricular Oberfläche und zwar zeigt diese rauhe Oberfläche eine blassröthliche Farbe. Die Substanz sehr brüchig, so dass die Perforation leicht zu machen ist. Die rauhe Wulstung der Klappen erscheint wie ein weicher bröcklicher Belag, der indessen in das Gewebe der Klappen selbst über-

geht, so dass beim Abschaben das ganze Klappengewebe abradirt wird. Diese veränderten Stellen reichen bis zu dem nodulus, gehen aber über die Schliessungslinie der Klappen nicht hinaus. Sonst die Klappen intakt. Am Pericardium leicht ecchymotische Streifen, die Herzwand der Basis des linken Ventrikels $^3/_4$ Zoll dick, Substanz derb, Schnittfläche trübe, fleckig, blasse Streifen mit röthlichen abwechselnd. In die Substanz des rechten Ventrikels sind zahlreiche, feine, gelbe Streifen eingelagert, welche stellenweise von einem leichten haemorrhagischen Hofe umgeben sind. Beide Lungen mächtig gross, der hintre Theil blutreich, leicht oedematös, keine festen Infiltrate, in den Lungenaterien - Verästlungen nichts nachzuweisen; an dem untern Rande der linken Lunge mehrere sehr stark aufgebläthe Stellen; In dem obern Theil der rechten Lunge und zwar auf der vordern Fläche findet sich eine haemorrhagisch infiltrirte Stelle, deren Schnittfläche vorspringt und bereits trocken erscheint. Diese Stelle ist kirschengross, das Gewebe indessen noch nicht ganz luftleer; in den Arterienästen, die zu dieser Stelle laufen ist dünflüssiges Blut enthalten und nur in einer kleinen circa $4^1/_2$ Linien von dem Infarkt gelegenen Stelle findet sich ein kleiner Pfropf. In einem grössern Aste des untern Lappens nahe der Basis ist ein brüchiger grünlicher Embolus, der sich in die Nebenäste fortsetzt, ohne dass die dahinter gelegenen Lungenpartieen verändert waren. — Im Larynx und Trachea grünlicher Schleim, sonst normal. — Milz mässig gross, sehr derb, an der Oberfläche nahe dem vordern Rande

findet sich eine blasse Stelle, welche sonst von der übrigen Substanz nicht abweicht. Das Gewebe im Ganzen fleckig, blutreich, Trabekeln zahlreich, Follikel sehr spärlich. — Linke Niere sehr gross; Nebenniere sehr derb und gross, sonst normal. Kapsel trennt sich schwer von der Oberfläche, nimmt an manchen Stellen Substanz mit; die Oberfläche der Substanz erscheint gesprenkelt, an derselben sieht man ausserordentlich zahlreiche, weisse, schwach prominirende Pünktchen, welche nirgends die Grösse eines Stecknadelkopfes erreichen, leicht geröthete Umgebung haben und zu Gruppen zusammen treten, stellenweise konfluiren. Ausserdem findet sich ein Sechsergrosser stark gerötheter Fleck, von noch stärker gerötethem Hof umgeben. Auf der Schnittfläche zeigt sich, dass den kleinen Punkten Streifen entsprechen, die in der Rindensubstanz sich weit fortsetzen und auch von gerötheten Streifen begleitet werden; auch hier erscheinen einzelne weisse Punkte eingelagert, ohne Zusammenhang mit den aussen sichtbaren. In den Markkegeln ebenso einige weisse Streifen. Der grösseren gerötheten Stelle entspricht auf der Schnittfläche ein weisslich gelber Keil, der an der Peripherie eine sehr trübe schwach grünliche Zone zeigt. Die Spitze dieses Keils reicht bis auf die Basis der Marksubstanz. In dem Nierenbecken befindet sich eine röthliche mit Flocken untermischte Flüssigkeit. Die Schleimhaut ist stark geröthet und geschwollen. Die rechte Niere zeigt dieselben Verhältnisse, nur fehlen die grössern Keile. — Der Magen enthält sehr viel grünliche Flüssigkeit. Die Innenfläche

mit gerötheten Erhebungen dicht besetzt, besonders an der grossen Curvatur. Am fundus sogar kleine hämorrhagische Flecke, ohne dass aber sonst irgend besondre Heerde zu erkennen wären; der Pylorustheil der Schleimhaut leicht grau gefärbt. Galle ausserordentlich zähe, reichlich dunkelbraun, in derselben kleine stark höckrige Pigmentsteine. — Leber sehr gross, ziemlich derb, Schnittfläche sehr gut, starker Gegensatz der centralen dunkelrothen und der peripheren grauweissen Zonen der Acini. — Auch die Harnblase ist rechterseits mit der vordern Fläche des Uterus verwachsen und zwischen diesen Adhaesionen eine abgesackte, eingedickte, grünliche Eitermasse vorhanden. Im Rectum ist wenig bräunlicher Brei, die Schleimhaut leicht geröthet, am anus einige schwärzliche Flecken. An der hintern Commissur eine flache Narbe. — Die Vagina normal, ziemlich rauh. Aus dem Cervical-Kanal tritt fast klarer, röthlicher Schleim hervor. Der Cervikal-Kanal 3 Zoll lang, Innenfläche schwach geröthet.

Der ganze **Uterus** bildet alsdann einen grossen 7 Zoll langen, 5 Zoll breiten und 4 Zoll dicken Körper; an der Vorderfläche desselben steigt die eigentliche Uterushöhle empor, jedoch so dass sie kaum den mittleren Theil der ganzen Geschwulst erreicht, indem sie bis zum orificium internum nur 4″ lang ist, die Breite beträgt $3^1/_2$″, sie ist sehr platt, indem die hintre obre Wand durch den tumor nach vorne gedrängt ist. Die Uterushöhle enthält fast gar keine Flüssigkeit. Auf der hintern Wand

liegt vollständig locker eine weisslich - gelbe, fibrinöse Membran, der untere Theil der Höhle ist stark haemorrhagisch geröthet, im obern Theil ist sie braun; ausserdem zeigt sie eine Einsprengung von okergelben Körnchen. Die erwähnte Membran führt nach rechts hin bis zur Placentar-Stelle und ist mit derselben locker verbunden. Diese ist thalergross, liegt an der rechten vordern Wand und erreicht die Tubenöffnung; ihre Oberfläche ist am untern Theile glatt, am obern uneben, röthlich grau mit einzelnen schwärzlichen Flecken; der obere Theil namentlich ist stark schiefrig An der tiefsten Stelle des untern Theils der hintern Uteruswand sind nach der Uterushöhle zu kleine Perforationsöffnungen. Auf dem Durchschnitt zeigt die Substanz in Kanälen, anscheinend Lymphgefässen, eitrige Massen; derartige Massen gehen zur eigentlichen Tumorsubstanz. Der Tumor selbst hat eine Länge von 5″ Dicke von 3½″, er ist im ganzen derb, in seinem Innern von unregelmässig gestalteten Höhlen durchzogen, welche gelblich schleimige Flüssigkeit, untermischt mit grünlich - fibrinösen Flocken enthalten. Die Innenfläche dieser Höhlen hat stellenweise eine etwas schiefrige Farbe; sonst liegt die Substanz des tumor unmittelbar bloss. Die feste Substanz des tumor sehr derb, im Ganzen röthlich, von etwas balkigem Gefüge, sonst die Struktur der Fibroide.

Der Schädel ist mässig gross, blass, an der Innenfläche keine Osteophyten. Die Dura zeigt an der Innenfläche rechts eine hämorrhagisch geröthete Stelle. Die

Pia ist auch stark geröthet. Auf der Höhe eines Gyrus ist ein kleiner, circumscripter rother Fleck, dessen Centrum weisslich erscheint. Das ganze Gehirn ist gross und blass, nur die Gefässe sind stärker geröthet; deutliche Haemorrhagieen nicht nachzuweisen, auch der vorher erwähnte haemorrhagische Punkt auf der Pia greift nicht in die Rinde über. Die mittleren Hirntheile sehr weich, der plexus derb. Das velum und der plexus choroideus blass, Ependyma der Ventrikel etwas verdickt besonders das des 4ten; im kleinen Gehirn zeigt sich ebenso wie im grossen geringe venöse Füllung der weissen Substanz, die graue sehr blass durchscheinend. Auch die grossen Centralganglien sind blass, feucht, relativ weich, sonst in ihnen keine Veränderung.

An dem rechten Auge ist die Cornea trübe, besonders im untern Theile, Glaskörper erscheint stark schleimig, fadenziehend, relativ klar; ausserdem Haemorrhagie in der Conjunctiva und in dem episkleralem Gewebe, ferner im Rande der Cornea Vascularisation. Am linken Auge ebenfalls kleine haemorrhagische Stellen, cornea nur cadaverös getrübt, Glaskörper ziemlich stark getrübt und zwar geht diese Trübung gegen eine flockig-haemorrhagische Stelle in der Aequatorialgegend des Augenhintergrundes; diese Stelle besteht aus weisslichen Flecken mit haemorrhagischen Zwischenräumen, liegt in der retina; diese löst sich leicht von der Choroidea, die hier ihres Pigments beraubt ist und im Centrum des Fleckes eine kleine grauweissliche Auflagerung zeigt;

ausserdem sind in der Retina kleine, rothe, stecknadelkopfgrosse Haemorrhagien mit weissem Centrum. In der rechten Retina dasselbe. Im ganzen Darmkanal sehr viel epithelialer Schleim; im obern Theil des Jejunum kleine Haemorrhagieen, im untern Theil des Ileum Verstopfung zweier submuköser arterieller Gefässe, um diese leicht hämorrhagische Röthung. Im Dickdarm starke Auflockerung der Schleimhaut, Inhalt bräunlich, im colon ascendens schiefrige querlaufende Narben; colon descendens und flexura zeigen geringere Schleimhautschwellung

Anatomische Diagnose: Akute Endocarditis der Aortenklappen, starke Hypertrophie links und geringe Trübung des Herzfleisches, fettige degeneration rechts. Embolie einer Lungenarterie, haemorrhagischer Infarkt in der rechten Lunge. Corpilläre Embolie in der Pia, in der Retina, in der choroidea, in der Submucosa des Dünndarms und in den Nieren, in den letzteren zugleich grössere Infackte. Fibroid des Uterus. Puerperaler Zustand des Uterus, Eiterung in und um das Fibriod. Akute Endometritis. Alte Peritonitis in der Excavatio recto-uterina und im Utero-vesical-Raum. Ophthalmie rechterseits.

Disseremus nunc accuratius de his variis conplicationibus, quas casus noster praebet.

Et primum quidem, culpa mortui foetus circuitione quadam fibroidi tribuere possumus, nam foetus usque ad partum vixerat et mors effecta est sanguine inter partum effuso, quod placenta relaxata ortum erat, quum

extensio uteri aequalis fibroide esset prohibita; hic quoque causa erat, quod dolores praematuri exstiterint; partus ipse sine impedimento evenit, sed contractiones post partum rursus impeditae erant, quam ob rem opus erat vehementissimis incitamentis extrinsecus adhibitis, ut contractiones illae satis adducerentur sanguinisque effusio ad stagnandum cogeretur.

Quod attinet ad tumorem ipsum, ortus ejus erat a fundo (vide tabulam), omnino uteri substantia (a) est involutus, restat propter magnitudinem suam cavo uteri ipsi (b) locus modo perparvus, longitudo enim uteri est 7", tumoris 5", quo persecto in parte interiore cava majora et minora (c), liquore, qui supra est descriptus, completa vidimus.

Haec cystides neque formationes glandulosae neque „Dermoidcysten" sunt; — priores in fibroidibus modo mollibus uteri sunt inventae, (Rokitantzky) — nobis autem agendum est de cavis porosis, nam haec cystides, quarum paries epithelio est vestitus, lacunae modo sunt in textura. Tumor, qui imprimis compositus erat substantia musculari inter graviditatem mollitus erat, vasa lymphatica simul cum uteri fortius creverunt et in tela velamentosa formata sunt cava lymphatica, quorum quum minora coaluissent, juxta minores paullatim et majores cystides ortae erant, ut plane in tabulo nostro videre possumus, quae cystides auctore Recklinghausen eodem modo sunt formatae, quo cava lymphatica telae velamentosae. Veresimile est, singulas cystides jam ab initio

secum fuisse conjunctas, fieri autem potest, ut haec communicatio ulceratione pariete interrupto facta sit. Ulceratio in cystidibus, ut noster casus praebet, aliud est necrosis, quam cum alii tum Hecker *) invenerunt in ac duobus casibus: „es waren in dem Tumoren Höhlen, die auf ein vom Centrum ausgehendes Zugrundegehen hindeuteten, denn bei ihrer Entleerung wurde eine umfängliche centrale Zerstörung des Geschwulstparenchyms wahrgenommen; die entleerte Flüssigkeit war rothbraun, mässig consistent und bestand aus sanguinolentem Gewebsdetritus."

Inflammatio et ulceratio in tumore Kriesch nostrae orta erat inflammatione peritonei, ubi uterum prope tumorem vestivit, prolata in vasa illius lymphatica, quae cum vasis peritonei erant conjuncta. Deinde exsudatum in cavis lymphaticis est collectum, itaque in cystidibus tumoris. Praeterea inflammatio .in vasa quoque uteri lymphatica promanaverat, nam in hujus quoque substantia perparva et „ockergelbe" grana videmus.

In his omnibus inflammationis symptomatibus aegrotae vita conservari potuisset, magna pars exsudati esset consumpta et inspissata, tumor esset corrugatus. Neque illa lymphangitis erat orta infectione, nam haec ruinam thromborum lymphaticorum et universam infectionem adduxisset, sed erat inflammatio traumatica, in qua thrombi in termino partis aegrotae firmi manent et ita prohibent, ut materiae perniciosae in succos universos recipiantur. —

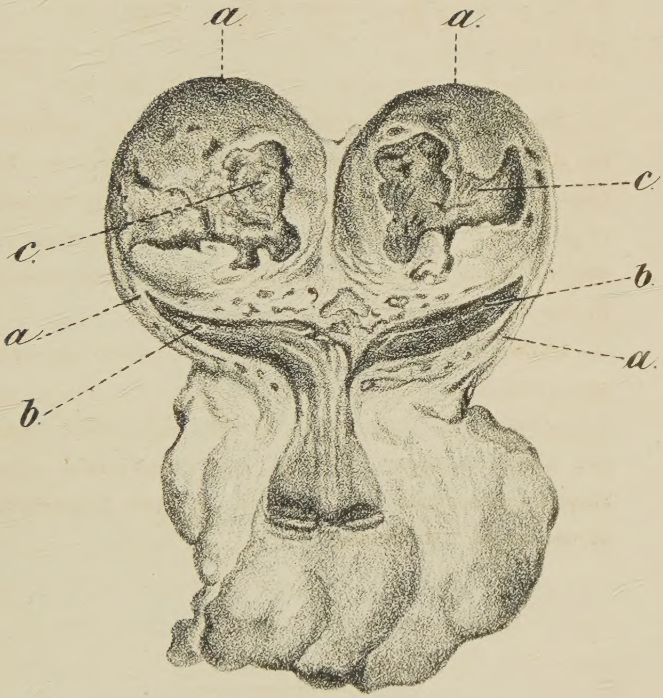
*) Hecker Klinik der Geburtskunde Band II.

physiologiam experimentalem, histologiam, pathologiam generalem ill. de Wittich; materiam medicam ill. Cruse; sthetoscopiam ill. Hirsch; pathologiam et therapiam specialem ill. Moeller; chirurgiam et generalem et specialem, akiurgiam, artem operationum in cadaveribus instituendarum ill. Wagner; anatomiam chirurgicam ill. Goltz; pathologiam accommodationis et refractionis, usum ophthalmoscopii ill. Jacobson; artem obstetriciam et theoreticam et practicam Dr. doct. Hildebrandt.

Praeterea his interfui scholis: clinico medico duce ill. Hirsch; policlinico medico duce Dr. doctiss. Bohn; clinico et policlinico chirurgico duce ill. Wagner; clinico et policlinico obstetricio duce Dr. Doct. Hildebrandt nec non ill. Spiegelberg, et auscultans et aegrotorum curas in me suscipiens.

Quibus viris omnibus, optime de me meritis gratias ago quam maximas.

Jam vero, tentamine physico et examine rigoroso rite absolutis, spero fore ut, hac dissertatione defensa, summi in medicina et chirurgia et arte obstetricia honores in me conferantur.



a.
a.
c.
c.
b.
a.
a.
b.